

Rev. Latino-Am. Enfermagem
mayo.-jun. 2015;23(3):553-9
DOI: 10.1590/0104-1169.0496.2587
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Original

Evaluación de los atributos de la atención primaria en la perspectiva de las usuarias que experimentan el cuidado¹

Eliane de Fátima Almeida Lima²

Ana Inês Sousa³

Cândida Caniçali Primo⁴

Francielie Marabotti Costa Leite⁵

Rita de Cassia Duarte Lima⁶

Ethel Leonor Nôia Maciel⁶

Objetivo: evaluar la calidad de la Estrategia Salud de la Familia y verificar la asociación de los atributos de la atención primaria con las características sociodemográficas de las usuarias. Método: estudio descriptivo y transversal, en el cual fueron entrevistadas 215 usuarias de la Estrategia Salud de la Familia. Fue utilizado el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria en la versión adulto y se realizaron las pruebas: Exacta de Fisher, Chi-cuadrado de Pearson y regresión logística. Resultados: se verificó que la dimensión "accesibilidad" presentó el menor promedio (1,80). Por otro lado, "acceso" fue la dimensión más bien evaluada (8,76). Los atributos: "longitudinalidad", "coordinación", "integralidad" y "orientación" tuvieron resultados insatisfactorios. Al evaluar la asociación entre las características sociodemográficas de las usuarias y los atributos esenciales, derivado y general, no hubo asociaciones entre los atributos y las características ($p > 0,05$). Conclusión: en la perspectiva de las usuarias, todos los servicios poseen atributos que precisan ser mejorados.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Evaluación en Servicios de Salud; Enfermería.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família", presentada en la Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

⁵ Estudiante de doctorado, Departamento de Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Correspondencia:

Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem
Av. Marechal Campos, 1468
Bairro: Maruípe
CEP: 29040-090, Vitória, ES, Brasil
E-mail: elianelima66@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) viene siendo implantada e implementada en Brasil sustituyendo el modelo tradicional de Atención Básica y se encuentra en franca expansión por los municipios del país, en las últimas décadas. La organización de ese modelo, en los municipios, está orientada por directrices operacionales predefinidas que guían el funcionamiento de las unidades y prácticas de los equipos, así como la normalización por áreas de intervención y líneas estratégicas de acción y cuidado⁽¹⁾.

En cuanto la puerta de entrada preferencial del sistema de salud, la ESF se torna un local ideal para ofrecer mejor administración del cuidado e integralidad en la atención, por la proximidad de los usuarios en el territorio, además de la elaboración de proyectos terapéuticos singulares, con acogimiento más humanizado y un escuchar más calificado y resolutivo, tanto en la demanda organizada como en la espontánea, además de poder proporcionar la integralidad del cuidado a los usuarios⁽²⁾.

Mediante las singularidades presentadas, la ESF ha sido objeto de diversas evaluaciones con diferentes enfoques. Esos análisis son importantes por mostrar distintas realidades que pueden contribuir para la elaboración de planificaciones más centradas en las necesidades de los usuarios, para la reformulación de los procesos de trabajo de los equipos, así como para: reorientación, priorización de los administradores y mejor calificación para las nuevas demandas que vienen siendo construidas con las nuevas realidades sociales⁽³⁾.

En ese sentido, incluir la participación de usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) en el proceso de evaluación significa obtener percepciones diferentes, en relación a los servicios de salud, ya que estas presentan prioridades distintas que necesitan ser consideradas y reconsideradas cuando se evalúa la calidad de las acciones y de los servicios ofrecidos a la población. Así, evaluar la ESF en la perspectiva de quien utiliza el servicio es recolectar informaciones referentes a las actividades, características y resultados, de forma sistematizada, para, así, poder formular juicios y buscar mejorar su eficacia, además de orientar las futuras programaciones y toma de decisiones por los equipos y mejorar la satisfacción de quien busca y utiliza esos servicios⁽⁴⁾.

Delante de lo expuesto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de la ESF en la perspectiva de las usuarias y verificar la asociación entre los

atributos de la atención primaria y las características sociodemográficas de las usuarias.

Metodología

Se trata de estudio analítico, de tipo transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en las unidades de salud del municipio de Serra, Espírito Santo, cuyo modelo de atención es la ESF, implantado hace más de un año, antes de la época del estudio. Los sujetos que constituyeron la investigación fueron mujeres de 20 a 49 años, usuarias de la ESF.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, fueron considerados los siguientes parámetros: población de mujeres en el intervalo etario de 20 a 49 años, inscritas y usuarias de las ESF (fueron 32.540), nivel de confianza de 90%, margen de error de 7% y proporción de 0,5 para maximizar el tamaño de la muestra. El cálculo fue realizado en el programa EpiInfo. La muestra aleatoria simple fue constituida por 215 usuarias.

El equipo de campo fue formado por cinco entrevistadoras que no tenía relación con el servicio, siendo cuatro enfermeras y una nutricionista, debidamente capacitadas para las entrevistas, así como para buscar un espacio de mayor privacidad durante la investigación con las mujeres. La capacitación fue hecha por la coordinadora de la investigación que también hizo la supervisión de campo. Se realizó la preprueba del cuestionario con 30 mujeres del mismo intervalo etario de la investigación, en unidades de salud del municipio que no fueron incluidas en el estudio, ya que tenían menos de un año de implantación de la ESF, para evaluar el instrumento de investigación y promover el entrenamiento y el alineamiento de las entrevistadoras. Se destaca que no hubo necesidad de ajustes del cuestionario.

La etapa de recolección de datos tuvo inicio en 5/8/2013 y finalizó en 13/9/2013. Durante ese período, las entrevistas fueron realizadas en el horario de funcionamiento de las unidades, no habiendo pérdidas o rechazos. Vale destacar que entre las mujeres que atendían los criterios de inclusión, aquellas entre 20 y 49 años y que eran usuarias de la ESF, se hizo un sorteo, constituyendo un muestreo aleatorio simple. A las seleccionadas se las invitaba a participar del estudio y se les explicaba los objetivos del estudio, destacando el anonimato. Aquellas que aceptaban participar firmaban el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

El instrumento utilizado estuvo compuesto por dos partes: una, identificando el perfil sociodemográfico de

las mujeres (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, clase económica, número de hijos y servicios utilizados en la unidad); la otra, el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (*Primary Care Assessment Tool* – PCATool), versión adulto, que contiene 87 ítems divididos en diez componentes relacionados a los atributos de la Atención Primaria a la Salud (APS): 1) Grado de Afiliación en el Servicio de Salud (A), constituido por tres ítems; 2) Acceso del Primer Contacto – Utilización (B), constituido por tres ítems; 3) Acceso del Primer Contacto – Accesibilidad (C), constituido por 12 ítems; 4) Longitudinalidad (D), constituida por 14 ítems; 5) Coordinación – Integración de Cuidados (E), constituido por ocho ítems; 6) Coordinación – Sistema de Informaciones (F), constituido por tres ítems; 7) Integralidad – Servicios Disponibles (G), constituido por 22 ítems; 8) Integralidad – Servicios Prestados (H), constituido por 13 ítems para mujeres; 9. Orientación Familiar (I), constituido por tres ítems; 10) Orientación Comunitaria (J), constituida por seis ítems.

Las respuestas fueron del tipo Likert, con intervalo de uno a cuatro (1 a 4) para cada atributo. Las respuestas posibles para cada uno de los ítems fueron: “con seguridad sí” (valor=4), “probablemente sí” (valor=3), “probablemente no” (valor=2), “con seguridad no” (valor=1) y “no sé/no recuerdo” (valor=9)⁽⁵⁾.

Para se obtener el puntaje de calidad de las ESF, el promedio de cada valor de los ítems que componen las dimensiones y subdimensiones fue calculado y, después, fueron calculados los puntajes: esencial (obtenido del promedio de las dimensiones acceso, accesibilidad, longitudinalidad, integración de los cuidados, coordinación, integralidad y del grado de afiliación), derivado (obtenido por el promedio orientación familiar y orientación comunitaria) y puntaje general de la APS (valor promedio de los atributos esenciales y derivados y el del grado de afiliación).

Después de la consolidación de los datos relativos a cada atributo, los valores fueron transformados en una escala continua, variando entre cero y diez, utilizando la fórmula a seguir: $\text{Escala} = [(\text{puntaje obtenido} - 1) \times 10] / 3$. Valores de puntajes $\geq 6,6$ fueron definidos como elevados y equivalentes al valor tres o más (≥ 3) en la escala Likert, en cuanto valores $\leq 6,6$ fueron considerados bajos⁽⁵⁾.

Para evaluación de las asociaciones entre los atributos de la atención primaria y las características de las usuarias se realizaron las pruebas: Exacto de Fisher, Chi-cuadrado de Pearson y regresión logística. Las pruebas realizadas asumieron un nivel de significación

de 5% e intervalo de confianza de 95%. Los programas estadísticos utilizados fueron el STATA 12 y IBM SPSS *Statistics*, versión 19.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Rio de Janeiro, con el dictamen nº315.266.

Resultados

En este estudio, fueron realizadas 215 entrevistas con usuarias de la ESF del municipio de Serra. Las características sociodemográficas de esas mujeres se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Perfil sociodemográfico de las usuarias de la Estrategia de la Salud de la Familia. Serra, ES, Brasil, 2013

Variables/categorías	N	%
Estado civil		
Casada	127	59,1
Soltera	50	23,3
Otros	38	17,7
Hijos		
Si	191	88,8
No	24	11,2
Grado de instrucción		
Enseñanza fundamental incompleta	64	29,7
Enseñanza fundamental completa	32	14,9
Enseñanza media incompleta	24	11,1
Enseñanza media completa	79	36,8
Enseñanza superior incompleta	12	5,6
Enseñanza superior completa	4	1,8
Clase económica		
A	1	0,5
B	23	10,7
C	154	71,6
D	35	16,3
E	2	0,9

La mayoría de las usuarias entrevistadas era casada (59,1%) y poseía hijos (88,8%). En relación al grado de instrucción, 36,8% tenían la enseñanza media completa y 29,7% la fundamental incompleta. En cuanto a la clase económica, la mayor parte pertenecía a la clase C (71,6%).

La Tabla 2 presenta el promedio de los puntajes atribuidos a las dimensiones de la APS en la perspectiva de las usuarias.

Se observa que la dimensión que obtuvo el menor promedio (1,80) fue “accesibilidad”. Otros atributos que también quedaron debajo del puntaje de referencia en este estudio ($\leq 6,6$), o sea, que presentaron resultados

insatisfactorios, fueron: "coordinación e integración de los cuidados" (2,77), "integralidad del servicio prestado" (3,94) y "orientación comunitaria" (4,47).

Tabla 2 - Puntajes atribuidos a las dimensiones de la Atención Primaria en Salud por las usuarias entrevistada en las Estrategias de la Salud de la Familia. Serra, ES, Brasil, 2013

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Grado de afiliación	215	0,00	10,00	6,95	2,72
Acceso	215	3,33	10,00	8,76	1,67
Accesibilidad	215	0,00	6,11	1,80	1,45
Longitudinalidad	215	0,00	9,29	5,13	2,32
Coordinación e integración de los cuidados	92	1,00	4,00	2,77	0,74
Coordinación del sistema de información	215	0,00	10,00	5,68	2,49
Integralidad del servicio disponible	215	1,36	9,24	5,05	1,65
Integralidad de los servicios prestados	215	0,51	12,05	3,94	2,16
Orientación familiar	215	0,00	10,00	4,67	3,16
Orientación comunitaria	215	0,60	10,00	4,47	2,41

La coordinación e integración de los cuidados presenta un valor absoluto diferente de los demás atributos, ya que, cuando las usuarias no habían sido encaminadas a un servicio o consulta especializada, esas dimensiones no eran evaluadas.

Vale destacar que algunos atributos evidenciados en este estudio, como: "orientación familiar" (4,67; desviación estándar (de): 3,16); "integralidad del servicio disponible" (5,05; de: 1,65); "coordinación del sistema de información" (5,68; de: 2,49), "longitudinalidad" (5,13; de: 2,32) y "grado de afiliación" (6,95; de: 2,72) presentan valores de desviación estándar en torno del promedio que pueden modificar los puntajes, llevando a resultados satisfactorios (puntaje $\geq 6,6$), en cuanto que en el caso del "grado de afiliación" se puede obtener reducción en el promedio llevando a un resultado insatisfactorio (puntaje $\leq 6,6$). Es interesante destacar que "acceso" (8,76) fue la dimensión más bien evaluada por las usuarias de la ESF.

En relación a la puntuación presentada por las usuarias para los puntajes: esencial, derivado y general, tuvieron valores de puntaje bajo (puntaje $\leq 6,6$), siendo puntaje esencial (5,35), puntaje derivado (4,57) y puntaje general (5,19).

Al evaluar la asociación entre las características sociodemográficas de las usuarias y el atributo esencial

- (grado de afiliación, accesibilidad, longitudinalidad, integración de los cuidados, coordinación e integralidad), el atributo derivado (orientación familiar y orientación comunitaria) y el atributo general - no se encontró asociación entre los atributos y las características ($p > 0,05$).

Discusión

En relación al perfil de las usuarias, en estudio sobre el desempeño de la atención básica en Sao Paulo, se verificó que la mayoría de los usuarios del servicio era del sexo femenino y tenía escolaridad de primer grado completo⁽⁶⁾. De la misma forma, investigaciones en unidades de salud de Ribeirao Preto, SP⁽⁷⁾, y Sao Luís, MA⁽⁸⁾, también evidenciaron mayor prevalencia de mujeres, entretanto con menor escolaridad, o sea, la mayoría tenía enseñanza fundamental incompleta⁽⁷⁻⁸⁾, semejante a la encontrada en la presente investigación.

En cuanto al estado civil, una investigación en un centro urbano en el sur de Brasil, con 355 usuarios, encontró que la mayoría pertenecía al sexo femenino (67%), siendo que 57,2% eran casados o vivían maritalmente, y tenían renta familiar baja⁽⁹⁾, datos semejantes a los de este estudio. Vale ponderar que las mujeres con baja escolaridad y baja renta tienden a casarse o asociarse a compañeros más temprano y a comenzar la vida sexual, teniendo partos más precozmente, y presentando un mayor número de hijos⁽¹⁰⁾. La baja escolaridad también puede llevar a la exclusión social, ya que niega el derecho a la ciudadanía, manteniendo el ciclo de pobreza y de marginalidad, además de alienarlas para perspectivas de futuro⁽¹¹⁾.

Cuando se evalúan las dimensiones de la APS, se observa que el grado de afiliación fue una de las dimensiones bien evaluadas por las usuarias, lo que permite inferir que ese grupo identifica la ESF como servicio de referencia para el cuidado de salud. Este dato es corroborado por algunos estudios realizados en Brasil⁽¹²⁻¹³⁾.

En cuanto a la evaluación del acceso a la utilización del servicio, ese atributo obtuvo mayor nota en la perspectiva de las usuarias, lo que demuestra que las usuarias han llegado a las Unidades de Salud de la Familia del municipio y, de cierta forma, han recibido algún tipo de atención. Confirmando esos resultados, algunas investigaciones realizadas en el interior del estado de Sao Paulo y en Minas Gerais evaluaron el acceso como adecuado^(12,14). El acceso consiste en la oportunidad de utilizar los servicios de salud cuando necesario y con adecuada distribución geográfica⁽²⁾.

Por otro lado, un estudio realizado en Ribeirao Preto, SP, verificó que el acceso fue considerado 'muy malo' por 100% de las usuarias de la ESF⁽¹⁵⁾ y, en la percepción de cuidadoras, en estudio realizado en Montes Claros, se observó que en el atributo "primer contacto" los puntajes fueron bajos⁽¹³⁾.

Se nota que la accesibilidad obtuvo el menor valor atribuido. Esos resultados han señalado un problema en el servicio de salud, una vez que ese atributo consiste no apenas en el acceso o llegada de las usuarias al servicio, pero también contiene varios puntos relacionados al acogimiento y a la humanización de la atención ofrecida. La accesibilidad es tenida como la adecuación entre oferta y demanda de servicios e incluye: disponibilidad, comodidad o demora en obtener una consulta, inadecuación de horarios y tipo de programación, necesidad de no pagar, tiempo de espera para la consulta, y otros procedimientos⁽²⁾.

En Sao Luis, MA, estado del noreste brasileño, la accesibilidad fue la dimensión más bien evaluada por los usuarios y el no funcionamiento de las unidades después de las 18 horas y finales de semana fueron sus principales dificultades descritas⁽⁸⁾. También, un estudio en el centro oeste de Brasil refiere la insatisfacción de los usuarios con la atención⁽¹⁶⁾ y, en todos los municipios investigados en el noreste brasileño, fueron observadas dificultades para conseguir consultas especializadas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico para el promedio y alta complejidad de la atención, además de largos tiempos de espera, filas (también virtuales) y demora en el recibimiento de los exámenes, entre otros⁽¹⁷⁾.

Diferentemente de este estudio, la accesibilidad fue más bien evaluada, tanto por los profesionales como por los usuarios (aproximadamente 50% del total), según el máximo de puntos posibles del instrumento para esa dimensión⁽⁹⁾.

El acogimiento es pieza fundamental en la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud, siendo una de las principales herramientas para la humanización de los servicios y de la atención por ellos ofrecidos. Una buena recepción, la resolutivez, el escuchar al usuario, el atender sus necesidades y la integralidad del cuidado, son elementos fundamentales en ese proceso⁽¹⁰⁾.

En relación a la coordinación e integración del cuidado, a la integralidad del servicio prestado y a la orientación familiar y comunitaria, se encontró que estos atributos fueron más negativamente evaluados por las usuarias. Este hecho demuestra la fragilidad del servicio en mantener la longitudinalidad del cuidado y su integralidad, dentro de la red de atención.

La coordinación del cuidado es definida como la articulación entre los diversos servicios que constituyen la red de atención a la salud y las acciones relacionadas a esa atención, de manera que independientemente del local en donde sea prestada, está debe estar sincronizada y dirigida a alcanzar un objetivo común, que es, atender mejor al usuario⁽¹⁸⁾. Al contrario de lo que fue demostrado en este estudio, la investigación en Montes Claros, MG, mostró que la dimensión coordinación e integración del cuidado obtuvo valor próximo al ideal para los equipos de la ESF, no siendo percibidas diferencias en las evaluaciones de la ESF y de los otros tipos de servicio, sugiriendo una coordinación relativamente adecuada⁽¹³⁾. Además, una investigación con usuarios, realizada en el municipio de Sao Paulo, SP, encontró, de modo general, una buena evaluación de esa coordinación⁽¹⁹⁾. En un estudio con madres de niños menores de un año se evaluó como adecuada la coordinación de la atención⁽¹²⁾, por otro lado, en otra investigación, los usuarios refirieron que ese atributo era insatisfactorio⁽²⁰⁾, también, en Ribeirao Preto, SP, se verificó que la coordinación de los cuidados fue clasificada como "mala" por 75% de los usuarios⁽¹⁵⁾.

Vale referir que algunos factores tienen impacto sobre la coordinación del cuidado en la atención primaria. Se destacan: el incremento del papel de los médicos generalistas, relacionado a la administración y a la responsabilidad por el camino terapéutico del usuario, a lo largo de la red de atención; el aumento de la capacidad de resolución de la APS, por medio de la destinación de recursos y de la ampliación de la cesta de servicios ofrecidos; y contar con referencia y contrareferencia bien establecidas en el transcurso del camino terapéutico⁽²¹⁾.

De la misma forma que la coordinación del cuidado, la integralidad de los servicios de salud fue mal evaluada por las usuarias. Ese resultado también fue observado en otros estudios en Brasil^(12,22-23). A pesar de que la integralidad significa coordinación y cooperación entre proveedores de los servicios asistenciales, con el objetivo de desarrollar un autentico sistema de salud, en la práctica cotidiana de los servicios, eso no viene aconteciendo en el SUS. Así, como forma de resolver ese obstáculo, las redes de atención a la salud están siendo fortalecidas con el objetivo de garantizar la integración de los servicios y asegurar la coordinación del cuidado del usuario a lo largo del transcurso terapéutico⁽²⁴⁾.

La integralidad de la asistencia está presente cuando son desarrolladas actividades relacionadas a la atención de las necesidades de la población, incluyendo inmunización, procedimientos y exámenes indicados,

además de actividades dirigidas a la detección y manejo de los problemas de salud de la comunidad⁽²⁾.

Diferentemente de lo observado en los resultados, aquí, los atributos de "integralidad" (acciones de promoción y prevención recibidas) y "longitudinalidad" fueron bien evaluados y alcanzaron alto puntaje ($\geq 6,6$) en los servicios en Montes Claros, MG⁽¹³⁾. La longitudinalidad fue un punto fuerte en la evaluación de la APS en la perspectiva de ancianos⁽²³⁾ y, también, fue el único atributo bien evaluado por cuidadoras de niños menores de dos años⁽²²⁾.

Otro atributo que fue mal evaluado por las usuarias fue "orientación familiar y comunitaria", semejante a lo evidenciado por otros estudios que también destacaron ese atributo como insatisfactorio en la evaluación de los usuarios^(6,25).

Así, la orientación comunitaria, tiene como objetivos asegurar: la salud individual de los usuarios del territorio, así como de la comunidad y que los profesionales actúen directamente, realizando movilización social y participando de su mejoría. De ese modo, es necesario conocer a la comunidad, identificar sus problemas de salud y desarrollar o adecuar las acciones de salud para responder a esos problemas y monitorizar la efectividad de las acciones⁽²⁾.

Vale destacar que la falta de comprometimiento, respeto, acogimiento adecuado, accesibilidad, proyectos terapéuticos singulares, coordinación del cuidado e integralidad de ellos, son las principales causas de insatisfacción del usuario. Por otro lado, la calidad de la atención y la satisfacción están vinculadas directamente a las condiciones de acceso a los servicios de salud, en una perspectiva de abordaje acogedor, que asegure la continuidad y la coordinación de la atención. Luego, la percepción de los usuarios sobre la ESF es de suma importancia ya que es una oportunidad para verificar la respuesta de la comunidad a lo ofrecido por el servicio, así como de adecuarlo a las expectativas de la población adscrita⁽³⁾.

Conclusión

Este estudio contiene importantes resultados para los servicios evaluados y también para las políticas públicas de atención a la salud en el municipio de Serra. Todos los servicios poseen, en la percepción de las usuarias, atributos que precisan ser mejorados.

Se puede concluir que la dimensión que obtuvo el menor promedio fue "accesibilidad" (1,80). Los atributos: "longitudinalidad", "coordinación", "integralidad" y "orientación" tuvieron resultados insatisfactorios. Por otro lado, cabe destacar que "acceso" fue la dimensión

más bien evaluada por las usuarias de la ESF (8,76). Este dato contiene la reflexión de que llegar al servicio no es garantía de recibir una atención calificada y en tiempo oportuno.

Los procesos de evaluación de la asistencia al usuario en los servicios públicos de salud pueden actuar como instrumentos que posibilitan que el mismo exprese sus opiniones y percepciones acerca de la calidad de los servicios ofrecidos; también pueden fortalecer su participación en los procesos de planificación y control social, permitiendo la construcción de intervenciones más adecuadas para los problemas encontrados en lo cotidiano de los servicios, proporcionando avances en las formas del cuidado y administración de los servicios de salud y de enfermería.

Se observa que, a pesar de que las usuarias de la ESF de Serra, ES, presentaron baja escolaridad y pertenecían a clases sociales bajas, ellas poseían actitudes críticas en relación a la ESF y a los servicios ofrecidos, diferentemente de algunos estudios, en los cuales los usuarios con menor renta familiar, nivel cultural y escolaridad tienden a evaluar de forma más positiva a los servicios de salud y están más satisfechos con lo que se les ofrece. Este hecho es positivo en lo que se refiere al empoderamiento de esas usuarias, por medio del fortalecimiento social y de la ciudadanía, ya que presentan actitudes activas y críticas.

Es preciso destacar, como limitación de esta investigación, que los resultados quedaron restringidos a un único municipio. Además de eso, se trata de una investigación evaluativa y transversal, sujeta a las limitaciones inherentes a ese tipo de delineamiento. Sin embargo, la carencia de estudios nacionales sobre el tema apunta para la relevancia de evaluaciones similares.

Referencias

1. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. [acesso 24 fev 2014]; 726 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
3. Brandão ALRBS, Giovannella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):103-14.

4. Patton MQ. Evaluation, Knowledge management, best practices and high quality: lessons learned. *Am J Evaluat*. 2001;22(1):329-36.
5. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; [acesso 10 mar 2014];8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)
6. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
7. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):148-56.
8. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
9. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):861-8.
10. Silva GL, Alves SM. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008;11(1):74-84.
11. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3769-80.
12. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):554-61.
13. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):323-34.
14. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;19(11):4407-15.
15. Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCG, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família [Internet]. In: XXIIème Congrès de l' ALASS. 2011 [acesso 18 set 2013]; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf.
16. Stralen CJV, Belisário SA, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL, et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(supl 1):148-58.
17. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(supl 1):69-78.
18. Sala A, Luppi CG, Simoes Z, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011;20(4):948-60.
19. Giovanella L, Lobato LUC, de Carvalho A, Conill EM, de Curiha ME. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*. 2002;26(37):37-61.
20. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate*. 2014;38(esp):279-95.
21. Núñez RT, Lorenzo IV, Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.
22. Mesquita M Filho, Luz BSR, Araujo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2033-45.
23. Araujo LUA, Gama ZAS, Nascimento, Oliveira HFV, Azevedo WM, Junior Almeida HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521-32.
24. Gervas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin Barcelona*. 2006; 126(17):658-61.
25. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do Enfoque Familiar e Orientação para comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):353-64.

Recibido: 23.9.2014

Aceptado: 11.3.2015